33

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 novembre 1907, à 1 heure

Par **Albert-Noël COLIBERT**

Ancien externe des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

PLEURÉSIES CLOISONNÉES

Président : M. ROGER, *professeur.*

Juges : MM. GAUCHER, *professeur.*
MACAIGNE et SICARD, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. / DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / BERGER. / RECLUS. / SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. / BAR.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur BARTH

Stage 1901-1902. *Hôpital Necker.*

Monsieur le Professeur RAYMOND

Externat 1902-1903. *Hospice de la Salpêtrière.*

Monsieur le Professeur agrégé RICHELOT

Externat 1903. *Hôpital Saint-Louis.*

Monsieur le Professeur agrégé MORESTIN

Externat 1903. *Hôpital Saint-Louis.*

Monsieur le Docteur GUINARD

Externat 1904. *Hôpital Saint-Louis.*

Monsieur le Docteur BALZER

Externat 1904-1905. *Hôpital Saint-Louis.*

Monsieur le Professeur agrégé GOUGET

Externat 1905-1906. *Hôpital Lariboisière.*

Monsieur le Professeur agrégé BONNAIRE

Stage 1906. *Hôpital Lariboisière.*

Monsieur le Docteur TAPRET

Externat 1906-1907. *Hôpital Lariboisière.*

Monsieur le Docteur GALLIARD

Externat 1907. *Hôpital Lariboisière.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

I. — INTRODUCTION

Qu'il nous soit permis au début de ce travail de remercier notre maître M. Galliard qui nous a donné de multiples preuves de sa grande bonté. C'est lui qui nous a donné l'idée de cette thèse et c'est dans son service à l'hôpital Lariboisière que nous avons pu étudier le malade dont nous relatons plus loin l'observation. Pour ce travail M. Galliard nous a donné de nombreux documents et de précieuses indications en nous permettant de puiser dans ses propres ouvrages. Qu'il veuille bien agréer l'expression de notre profonde gratitude.

M. le professeur Roger a bien voulu accepter d'être notre président de thèse. Nous lui sommes profondément reconnaissant du grand honneur qu'il nous a fait.

*
* *

Les pleurésies cloisonnées ne sont pas extrêmement rares et cependant, dans les traités classiques, il en est fait à peine mention.

On avait signalé depuis longtemps la présence de fausses membranes pouvant déterminer des adhérences costo-pulmonaires, dans les pleurésies anciennes. Mais c'étaient là surtout des constatations anatomiques. C'est surtout depuis la communication célèbre de M. Jaccoud à l'Académie de médecine le 22 avril 1879 que l'attention fut vraiment attirée sur les pleurésies cloisonnées. M. Jaccoud chercha à établir deux formes de pleurésies cloisonnées, ayant chacune des signes particuliers et faciles à distinguer l'une de l'autre, et des épanchements uniloculaires. Mais ses conclusions furent vivement combattues par ses collègues Maurice Reynaud, Woillez, Guéneau de Mussy. M. Moutard-Martin qui, déjà en 1872, avait publié deux cas de pleurésies aréolaires se rangea à l'avis de ses collègues.

Depuis de nombreuses observations françaises et étrangères ont été publiées sur les pleurésies bi ou multiloculaires. Gouttière-Cachera, en 1884, reprit dans sa thèse l'étude des pleurésies cloisonnées. Léon Brodier, en 1895, leur consacra dans sa thèse un paragraphe intéressant et très documenté.

M. Galliard, en 1899, reprit l'étude de cette forme de pleurésies et s'attacha à montrer la fréquences des pleurésies à épanchements différents, ce qu'il désigna sous le nom de « pleurésies polymorphes ».

Il montra également les grandes difficultés du diagnostic et la gravité du pronostic.

Depuis il a publié de nombreuses observations sur ce sujet.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cloisonnement des pleurésies peut présenter les plus grandes variétés et suivant la forme, la consistance, l'épaisseur, le siège des cloisons, les loges qu'elles contribuent à limiter auront des aspects et des sièges différents.

I. **Les cloisons.** — Les cloisons sont le plus habituellement constituées par des fausses membranes organisées.

Cependant le poumon peut prendre part lui-même, dans des cas rares, à la vérité, à la formation de ces cloisons.

C'est ainsi que la disposition biloculaire peut être due à une affection concomitante du poumon : « A droite, « dit M. Jaccoud, une pneumonie limitée au lobe moyen « a pour effet un épanchement biloculaire si l'hépatisa- « tion a solidifié tout le lobe. » (Jaccoud, *Path.Int.*, t. II.)

Mais le plus souvent les pleurésies cloisonnées occupent la grande cavité pleurale et ce sont les fausses membranes, reliquats d'anciennes pleurésies ou dues

aux différentes poussées de la pleurésie actuelle, qui font le cloisonnement.

A. — Cloisons horizontales. — Les cloisons peu nombreuses en général ont une direction très variable. La majeure partie, cependant, affecte une direction presque horizontale et siège de préférence au niveau des troisième ou quatrième côtes, s'étendant depuis la colonne vertébrale jusqu'au sternum.

C'est la disposition qu'a relatée M. Jaccoud (1) dans sa communication à l'Académie. C'est celle qui a été observée par Concato (2). M. Baümler (3) dans les *Archives allemandes de Clinique Médicale* en relate également un bel exemple.

Obs. I (*Résumée*). — M. C. B..., ouvrier de 41 ans, puissant et musclé, né dans le duché de Nassau, a travaillé à Dresde dans une raffinerie. Il est pris brusquement le 5 octobre 1864 d'une dyspnée violente qui est consécutive à une forte quinte de toux due à l'irritation causée par l'inhalation de vapeurs de soufre, accident qui lui serait arrivé quinze jours auparavant. A l'entrée à l'hôpital on note un pneumothorax du côté droit avec épanchement. En même temps que les principaux phénomènes de l'affection on note une zone de tympanisme éclatant en arrière entre la neuvième et la douzième côte, en avant entre la quatrième et la sixième. C'est au cours de la persistance de ces phénomènes fondamentaux que la mort survient brusquement dix-huit jours après l'entrée à l'hôpital.

1. Jaccoud. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 22 avril 1879.
2. Concato. *Rivista clinica di Bologna*, 1880.
3. Baümler. *Deutches Archiv für Klinische Medizin*, 1905.

Nécropsie. — Après l'ouverture de l'abdomen s'écoule un liquide clair jaunâtre. Le bord inférieur du foie descend à l'ombilic. Le diaphragme est fortement refoulé.

Dans le cinquième espace intercostal droit, un trocart introduit laisse écouler un liquide trouble sans odeur et mélangé de bulles d'air et de mousse. Il contient 1/8 de son volume de CO^2 peu d'O. Le reste est de l'Az. Réaction du liquide alcaline.

A l'ouverture du thorax, on voit en plus d'un épanchement louche, jaune-verdâtre, remplissant complètement la cavité et s'écoulant au dehors par le trocart, transversalement étendue dans la cavité thoracique, au niveau de la cinquième côte, une membrane fibrineuse molle, facile à déchirer. Au-dessous de celle-ci et dans la partie inférieure de la cavité thoracique, nageant dans le liquide mais rattachée en avant par des adhérences serrées, montant d'arrière en avant, on voit une masse grumeleuse, grosse comme un poing d'enfant, composée de filaments fibrineux pelotonnés. Le revêtement de la paroi pleurale est constitué par une pseudo-membrane jaunâtre, légèrement villeuse.

Le poumon droit recouvert également par une membrane fibrineuse analogue, épaisse de 2 millimètres, à surface tomenteuse, est rétracté vers le médiastin et la colonne vertébrale et s'étend à peu près jusqu'au niveau du quatrième cartilage costal et à la hauteur de la deuxième côte il est appendu à la plèvre costale par une adhérence ancienne, de l'épaisseur du doigt et qui a la forme d'un cône à base pulmonaire. Après arrachement du poumon et insufflation par la bronche souche, on voit l'air s'échapper avec un bruit sifflant par une ouverture de la grosseur d'une fève, située à la partie postérieure au milieu du lobe supérieur. Cette ouverture conduit dans une cavité de la

grosseur d'une pomme, probablement due à l'insufflation, festonnée, recouverte d'une membrane caséeuse et reliée à une grosse bronche.

Au sommet petite nodosité calleuse avec petits tubercules grisâtres. De nombreux tubercules miliaires se rencontrent aussi dans une pseudo-membrane bien organisée qui unit les deux lobes supérieur et moyen du poumon.

Dans le reste du tissu pulmonaire des tubercules calcifiés sont disséminés.

Les observations de Pétrone (*Lo Sperimentale*, 1881) et de Gouttière-Cachera (*Pleurésie biloculaire cloisonnée chez un lymphatique*. Thèse, 1884) sont également des exemples de cloisonnement horizontal.

B. — Cloisonnement vertical. — D'autres fois la cloison a une direction parallèle à l'axe du corps. La plupart du temps la cloison est constituée par des adhérences costo-pulmonaires siégeant le plus habituellement au niveau de la ligne axillaire. Tel est le cas de Girgensohn (1), tel est celui de Valentiner (2). C'est également ce qu'a observé M. Galliard (3).

Obs. II. — Girgensohn. — Une fille de 21 ans a une pleurésie purulente à gauche.

La ponction exploratrice ayant été pratiquée, on fait une inci-

1. Girgensohn. *Petersburg. Med. Woch.*, 1877.

2. Valentiner. *Berlin. Klin. Wochschr.*, 3 sept. 1877, n° 36, p. 517.

3. Galliard. Empyème enkysté antérieur chez un phtisique : pleurésie séreuse dorso-axillaire. *Soc. Méd. Hôp.*, 24 nov. 1899.

sion dans le sixième espace intercostal sur la ligne axillaire ; pas une goutte de liquide (on verra plus tard qu'on a pénétré dans le péritoine).

Au bout de quatre heures, une ponction faite plus en arrière, dans le même espace, donne 1/2 litre de pus fétide. La malade succombe dans la soirée.

L'autopsie montre qu'il existe en avant de la collection purulente ponctionnée un amas de sérosité pure situé dans une autre loge. Les deux loges sont séparées par des adhérences costo-pulmonaires parallèles à l'axe du corps.

Le diaphragme uni à la base du poumon est fixé à la paroi thoracique depuis la cinquième côte par d'épaisses adhérences. De là l'insuccès de la pleurotomie.

Les épanchements sont l'un antérieur, l'autre postérieur.

Une intéressante variété de ces pleurésies est celle où les deux épanchements communiquent par la scissure interlobaire. Dans ces cas, en effet, le poumon est adhérent à sa partie supérieure et à sa base. Et le liquide, dit Léon Brodier dans sa thèse (1), d'abord refoulé en arrière au niveau de la partie moyenne de la poitrine, cherche à se frayer un passage en déprimant le lobe moyen. Mais par suite des adhérences ce refoulement est vite limité et le liquide doit se créer une sorte de canal par la scissure interlobaire, ce qui lui permet de venir constituer un épanchement antérieur.

1. Léon Brodier. *Thèse Paris*, 1895. De la répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale.

Deux belles observations de Jaccoud (2) en sont un exemple.

Obs. III 1°. — *Pleuropéricardite tuberculeuse, épanchement pleural cloisonné et interlobaire.*

Garçon boucher de, 24 ans. Pleurésie droite d'abord au niveau du lobe moyen en arrière, puis pleurésie antérieure.

A l'autopsie on constate la présence de deux poches communiquant par la scissure interlobaire inférieure, la scissure supérieure étant comblée par des adhérences.

2° Homme de 56 ans, porteur d'une pleurésie gauche. On a nettement un épanchement antérieur et un postérieur. Dans la région axillaire submatité avec conservation des vibrations.

L'autopsie montre un poumon fixé par sa partie externe dans toute sa hauteur à la paroi axillaire, les deux poches communiquant par la scissure interlobaire.

C'est également une cloison verticale qui a été trouvée dans un cas publié par M. Galliard (1).

C. — Cloisonnement irrégulier. — Enfin des travées principales peuvent partir d'autres travées de direction très variable, pouvant offrir les dispositions les plus diverses. On a affaire alors à des pleurésies multiloculaires, le nombre des loges variant avec chaque cas observé.

1. Jaccoud. *Cliniques de la Pitié*, 1884-1885, p. 28.

2. Galliard. Empyème enkysté antérieur à gauche chez un phtisique; pleurotomie ; secondairement pleurésie séreuse dorso-axillaire. Mort. Autopsie. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1899.)

Tels sont les cas signalés par Duguet (1), Danesi (2), etc.

Obs. IV. — Duguet. — Un homme de 33 ans, atteint de lymphadénome splénique, pleuro-pulmonaire et ganglionnaire, subit quatre ponctions successives à gauche ;

1° Le 1er septembre, ponction dans le sixième espace sur la ligne mamelonnaire : 250 grammes de liquide rougeâtre ;

2° Le 12 septembre, ponction dans le septième espace, au bord postérieur de l'aisselle : 80 grammes du même liquide ;

3° Le 4 octobre, dans le septième espace, sous l'aisselle, à la hauteur du mamelon, la ponction donne 1 litre de liquide séro-citrin ;

4° Le 29 octobre, ponction dans le sixième espace en arrière : 900 grammes de liquide un peu foncé.

Autopsie le 4 décembre. D'épaisses fausses membranes forment des cloisons irrégulières, encore imprégnées de sérosité, circonscrivant quatre ou cinq grandes loges.

Obs. V.— Danesi. — Chez un homme soigné depuis trois ans pour une maladie de poitrine, la plèvre droite est divisée en quatre loges par des membranes de nouvelle formation.

La plus basse, s'étendant en arrière, et deux autres, situées sur un plan antérieur (grosses comme des œufs de poule), contiennent de la sérosité. La quatrième, située au sommet, est remplie de pus. Elle est traversée horizontalement par une sorte de colonne rétrécie à sa partie moyenne et allant du poumon au milieu de la troisième côte : c'est un tractus fibreux au centre duquel on trouve du tissu pulmonaire carnifié, induré.

1. Duguet. Lymphadénome de la rate, pleurésie cloisonnée. *Soc. Anat.*, décembre 1879.

2. Danesi. *Imparziale*. Firenzi, 1881.

La plèvre est épaissie, granuleuse. Le poumon carnifié, dur, fibreux, est réduit au tiers de son volume normal. A gauche pas d'anomalie de la plèvre et du poumon. Sérosité citrine dans le péricarde.

II. — **Rapports des loges entre elles.** — Les loges ainsi constituées peuvent être entièrement indépendantes, comme dans l'observation que nous rapportons plus loin, ou bien communiquent entre elles soit directement (observation déjà citée de M. Galliard), soit par l'intermédiaire de la scissure interlobaire (les deux observations de M. Jaccoud).

Il est intéressant de signaler ici les deux cas publiés par M. Variot en 1882 (1), où il avait observé au cours de pneumothorax un bruit spécial qu'il a appelé bruit de glouglou et que l'on obtenait en faisant asseoir et étendre le malade. Faute d'autopsie M. Variot supposait un hydro-pneumothorax cloisonnné où les différentes logettes auraient communiqué ensemble par l'intermédiaire d'orifices relativement petits, sortes de diaphragmes : les bulles éclataient « lorsque les gaz et les liquides se substituaient les uns aux autres en traversant ces sortes de goulots ».

Quand une pleurésie est cloisonnée le poumon ne peut plus être refoulé en masse, aussi l'épanchement ne peut-il être considérable.

III. — **Nature du liquide épanché.** — Le liquide épanché dans ces loges peut être, comme dans les pleu-

1. Variot. *Revue de Médecine*, 1882.

résies de la grande cavité, séreux, séro-sanguinolent, séro-purulent, purulent.

Chez le même malade l'épanchement peut être de même nature dans les différentes loges.

A. — Pleurésies uniquement séreuses. — Tantôt on ne trouvera que de la sérosité simple : tel est le cas du malade que nous avons observé chez M. Galliard.

Obs. VI (*personnelle*). — M. B..., âgé de 49 ans, cordonnier, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Rabelais, le 21 juin 1907. Il entre pour une violente dyspnée. Le début, insidieux, remonterait à cinq semaines. A ce moment, dans le commencement du mois de mai, le malade voit apparaître une toux légère, non quinteuse, accompagnée d'une expectoration muqueuse parfois striée de sang. Ni frisson, ni point de côté. Le malade, qui avait maigri beaucoup, ne mangeant plus, continue cependant de travailler jusqu'à la fin de mai. Sa faiblesse était alors devenue extrême. Au moindre effort il était oppressé et avait de violentes palpitations.

Le soir il avait la sensation d'avoir de la fièvre. Pas de transpirations nocturnes Il était dans l'obligation alors de rester au lit la plus grande partie de la journée.

Le 20 juin. — Il se décide à consulter un médecin qui diagnostique une pleurésie et conseille l'entrée à l'hôpital.

Le 21 juin. — Jour d'entrée à l'hôpital le malade a l'air profondément cachectique. Il est extrêmement amaigri. Il respire avec une grande peine.

La température est élevée, 39°2. Le pouls à 96 est régulier. La percussion du thorax donne du côté droit en avant une matité absolue remontant de la base au creux sous-clavier. Il

n'y a pas de déviation du sternum. Le foie n'est pas abaissé.

En arrière, matité complète remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Du côté gauche sonorité normale.

A droite, en avant et en arrière, disparition complète des vibrations vocales.

L'auscultation du poumon gauche en avant comme en arrière montre seulement une respiration assez rude.

A droite au contraire disparition complète du murmure vésiculaire.

Au niveau de l'épine scapulaire droite, on entend un souffle voilé, lointain. Pas d'égophonie nette. Pectoriloquie aphone en arrière.

Cœur normal. Urines normales.

Le malade étant très dyspnéique, on pratique en arrière, au niveau du sixième espace intercostal, dans la ligne axillaire, une ponction avec l'appareil de Duguet. On retire 1 l. 1/2 de liquide clair jaune-verdâtre.

22 *juin.* — La température est encore à 38°6. Mais la dyspnée s'est apaisée. La matité en avant à droite remonte toujours jusque sous la clavicule ; en arrière la matité ne remonte plus que jusqu'à la pointe du scapulum. Au-dessus submatité. Les vibrations sont légèrement perceptibles dans la partie supérieure du poumon. Le souffle pleurétique s'entend au niveau de la pointe de l'omoplate. On entend cette fois l'égophonie et la pectoriloquie aphone.

En avant respiration insensible.

23 *juin.* — La température présente des oscillations entre 39°5 le soir et 38° ou 38°2 le matin. Les signes persistent sans grands changements. Toutefois l'épanchement se reforme très vite en arrière.

28 *juin.* — Matité antérieure est toujours la même.

En arrière la matité a regagné l'épine. Dyspnée considérable, on fait à nouveau une ponction en arrière dans le septième espace intercostal. On retire 2 l. 1/4 de liquide séreux, un peu opalescent.

5 *juillet.* — La matité antérieure n'a pas changé. La respiration ne s'entend toujours pas. En arrière au contraire respiration rude facile à percevoir. A la base quelques frottements. Submatité dans l'aisselle. On pratique alors une ponction exploratrice avec l'aiguille d'une seringue de Pravaz, dans le deuxième espace intercostal en avant et l'on retire quelques gouttes d'un liquide clair.

8 *juillet.* — Avec l'appareil Potain on fait une ponction évacuatrice dans le troisième espace intercostal en avant.

On retire ainsi 700 grammes de liquide citrin clair.

On était donc bien, comme on l'avait présumé, en présence d'une pleurésie cloisonnée, à deux loges au moins, l'une antérieure, l'autre postérieure. Les ponctions faites en arrière n'avaient en rien influencé les signes obtenus en avant. Depuis la ponction au contraire, sauf à la partie toute inférieure du thorax, en avant la submatité avait remplacé la matité. La respiration s'entendait bien. Mais cependant, étant donnée la similitude quasi parfaite des deux liquides on pouvait penser à la communication possible des deux loges entre elles. Pour en avoir la conviction le 9 juillet on injecte dans la loge postérieure la valeur d'une seringue de Pravaz d'une solution concentrée de bleu de méthylène.

Le 10 juillet on retira de la loge antérieure un liquide parfaitement clair sans traces de coloration bleue.

Le diagnostic semble donc bien nettement établi.

Toutefois nous n'avons malheureusement pu suivre le malade qui a voulu absolument partir chez lui. Depuis nous l'avons perdu de vue.

B. — Pleurésies uniquement séro-sanguinolentes. — Quelquefois les loges ne contiennent que du sang ou de la sérosité sanguinolente comme dans les pleurésies cancéreuses.

C. — Pleurésies uniquement purulentes. — Enfin on peut avoir affaire à un empyème à plusieurs loges. C'est ce qui est très net dans l'exemple suivant communiqué par M. Galliard à la Société Médicale des Hôpitaux (1).

« Il s'agissait d'un malade qui avait eu à gauche simultanément deux loges indépendantes ; un empyème dorso-axillaire traité avec succès par une première pleurotomie ; l'autre diaphragmatique s'ouvrant d'abord spontanément dans les bronches, puis s'approchant de la paroi thoracique et nécessitant la réincision de l'espace intercostal primitivement sectionné.

D. — Pleurésies « polymorphes ». — Mais souvent le contenu varie avec chaque loge. Ce sont des pleurésies « polymorphes » suivant l'expression de M. Galliard. C'est ainsi que l'une des poches peut contenir du pus et l'autre de la sérosité. Les observations en sont nombreuses. Tels sont les cas de Jaccoud (2), Danesi (3),

1. L. Galliard. Empyème à deux loges. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 3 juin 1904.
L. Galliard. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 24 nov. 1899.
2. Jaccoud, *Loc. cit.*
3. Danesi, *Loc. cit.*

Pétrone (1), Duguet (2), Valentiner (3), Moutard-Martin (4), Concato (5).

Obs. VII.— Concato. — Une femme âgé de 30 ans, toussant depuis trois mois, présente à droite : matité sous-claviculaire, submatité jusqu'à la septième côte, matité jusqu'à trois doigts au-dessous, œdème dorso-lombaire. Elle meurt après quarante-huit heures d'observation.

Autopsie. — La plèvre droite présente deux compartiments, l'un supérieur, l'autre inférieur, séparés par une cloison membraneuse étendue de la colonne vertébrale à la ligne para-sternale droite, s'insérant au bord supérieur de la quatrième côte et à la partie correspondante du poumon, large de 2 centimètres, formant une voûte à concavité inférieure.

La loge supérieure contient de la sérosité très limpide; l'inférieure renferme 400 centimètres cubes de liquide trouble et une couche de pus fétide reposant sur le diaphragme. Poumon droit carnifié.

Obs. VIII. — Moutard-Martin. — Barth fut appelé en province pour voir une jeune fille de douze ans chez laquelle il constata un épanchement abondant occupant la partie postérieure

1. Petrone. Intorno della pleurite biloculare. *Lo Sperimentale*, mars 1881.
2. Duguet. In *thèse*, Gouttière-Cachera, 1884. Pl. cloisonnée chez un lymphatique.
3. Valentiner. *Berlin. Klin. Wochschr.*, 2 sept. 1877, n° 36, p. 527.
4. Moutard-Martin. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3 juin 1879.
5. Concato. *Rivista clinica di Bologna*, 1880.

du côté droit. Au bout de quinze jours, Barth fut appelé de nouveau, et il me fit l'honneur de me demander de l'accompagner ; il constata avec étonnement que l'épanchement avait disparu à la partie postérieure, tandis que nous observions en avant une voussure notable avec matité complète et silence absolu.

La doute n'était pas possible. Il existait un épanchement limité à la partie supérieure droite du thorax, et l'état général de la malade me fit dire que l'épanchement était purulent.

La thoracentèse fut pratiquée, je retirai plus d'un demi-litre de pus. Cette seule évacuation de pus suffit pour guérir la malade.

C'est un exemple de pleurésie cloisonnée à rapprocher de la première observation de M. Jaccoud, au moins quant à la nature de l'épanchement, je ne doute pas qu'il y ait eu une pleurésie séreuse en arrière, dont la résorption s'est faite en même temps qu'une loge antérieure suppurait.

D'autres fois (cas rapporté par M. Duguet à la Société Anatomique) on a du liquide sanguinolent et de la sérosité. C'est également ce qu'a observé Gouttière-Cachera chez une femme atteinte de cancer pleuro-pulmonaire et chez laquelle à l'autopsie on a trouvé des loges renfermant l'une un liquide citrin, l'autre du sang et d'autres des masses gélatineuses.

Enfin parfois il y a coexistence d'un épanchement et d'un séro ou d'un pyopneumothorax comme dans l'observation de Baümler ou mieux encore dans celle qu'a publiée M. Galliard dans la *Semaine Médicale*.

Obs. IX. — Galliard. — Femme de 45 ans, alcoolique, plusieurs fois atteinte de bronchite, écrasée par une voiture le

4 décembre 1898. Fracture de côtes, emphysème sous-cutané pneumothorax partiel (antéro-sup.) à gauche ; secondairement pleuropneumonie du même côté.

Le 29 décembre, première thoracentèse à la base gauche, en arrière. Les déplacements de l'extrémité du trocart ont pour résultat d'amener successivement un liquide séro-sanguinolent, de la sérosité limpide, un mélange de sang et de sérosité louche ; en tout 350 centimètres cubes de liquide seulement.

Donc pleurésie polymorphe dorso-axillaire gauche, séparée par un cloisonnement, du pneumothorax antéro-supérieur.

Le 7 janvier, pneumothorax de nécessité par perforation spontanée du deuxième espace intercostal gauche, en avant. Le même jour, désireux de connaître les progrès de la suppuration à la base, je pratique deux ponctions à l'aide de la fine aiguille à deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate : pas de résultat. La troisième ponction, faite un peu plus en avant et un peu plus haut, donne 450 grammes de pus bien lié, brunâtre, renfermant des pneumocoques et des staphylocoques.

IV. — Pleurésies aréolaires.

Des pleurésies cloisonnées il faut rapprocher une variété d'épanchement qu'a bien différenciée M. Moutard-Martin, et qu'il appelle « pleurésies aréolaires ».

Ce sont des pleurésies, dans lesquelles, à l'autopsie, on trouve la cavité pleurale remplie d'une sorte de

1. L. Galliard. Le pneumothorax de nécessité. *Semaine médicale*, 8 février 1899.

gelée transparente. Cette gelée est constituée par une infinité de vacuoles contenant de la sérosité parfaitement fluide. Le trocart introduit donne une sensation de crépitation déjà perçue comme nous le verrons plus loin, à l'examen clinique (1). C'est à ce genre de pleurésies qu'il faut rapporter le cas de pleurésie cloisonnée signalé par Concato (2) et que cet auteur donnait comme un exemple du deuxième type proposé par M. Jaccoud.

Obs. X. — Concato. — Chez un homme âgé de 56 ans, deux fois atteint de pneumonie, on constate à gauche l'affaiblissement de la respiration, la matité, l'abolition des vibrations jusqu'à la cinquième côte, leur diminution au-dessus de la cinquième côte, Mort après deux mois.

A l'autopsie on trouve au contact du diaphragme un demi-litre de sérosité; au-dessus, cinq blocs de matière gélatiniforme rosée contenus dans des espaces aréolaires dont les parois se déchirent à la moindre traction. Ces blocs sont disposés sur trois étages ; l'inférieur a la forme d'un croissant, les trois blocs de l'étage moyen sont globulaires, le supérieur est également arrondi. Au-dessus d'eux se trouve le poumon gauche comprimé.

A droite, adhérences des deux feuillets de la plèvre. Symphyse cardiaque.

1. Moutard-Martin. *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, décembre 1872, p. 295.

Id. Bulletin Soc. Anatomique, mai 1887. Obstruction des voies biliaires. Dilatation énorme de la vésicule. Cancer primitif du pancréas. Pleurésie aréolaire.

2. Concato, *loc. cit.*

III. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGENIE

Comme nous l'avons vu, d'après le fait cité par M. Jaccoud on peut observer une pleurésie biloculaire survenant au cours d'une pneumonie chez un malade ayant eu jusque-là une plèvre saine.

Mais ce sont là des cas, à vrai dire, exceptionnels. On a rarement une pleurésie multiloculaire d'emblée. Ce peut être au cours d'une première pleurésie que l'on observe le cloisonnement, mais c'est une pleurésie qui traîne, qui a été ponctionnée plusieurs fois et c'est à la fin, tardivement, que l'on constate le cloisonnement. Ce cloisonnement tardif est particulièrement net dans les deux cas de pleurésie aréolaire rapportés par M. Moutard-Martin. — Mais l'on rencontre surtout les pleurésies cloisonnéss chez des malades ayant eu autrefois des pleurésies avec épanchement ou même simplement une pleurésie sèche. Ces malades, même, quelquefois, ne se sont pas aperçus de l'inflammation première de la plèvre qui ne s'est manifestée que par une douleur

de côté sans grands caractères et qui est demeurée méconnue.

Et ce sont en particulier les individus tuberculeux comme le remarque M. Moutard Martin, qui sont sujets aux poussées pleurétiques et ce sont ceux-là qui doivent présenter le plus grand nombre de pleurésies cloisonnées.

Mais on observe aussi les pleurésies cloisonnées dans les cancers pleuraux où les fausses membranes sont parcourues par un riche réseau sanguin à parois friables. Aussi l'épanchement est-il alors presque toujours sanguinolent.

L'observation de Gouttière-Cachera en est un bel exemple. On voit également dans cette observation que le cloisonnement s'est fait peu à peu.

Obs. XI. — Gouttière-Cachera. — Femme de 50 ans atteinte de cancer pleuro-pulmonaire, traitée dans le service de Blachez ; à gauche, énorme épanchement qui fait bomber la région sous-claviculaire et refoule le cœur.

Le 2e mars 1877. — Ponction au lieu d'élection ; 4 litres de liquide coloré en rouge.

Le 1er avril. — Au même point extraction de 3 litres du même liquide.

Le 22 avril. — Au lieu d'élection, 150 grammes seulement de liquide hémorragique ; plus en avant, la ponction donne 250 grammes de liquide très foncé, se coagulant facilement.

Le 27 avril. — L'autopsie montre des noyaux cancéreux du

1. Gouttière-Cachera. Thèse, 1884.

poumon gauche. La plèvre est traversée par des tractus pseudo-membraneux, limitant plusieurs loges dont la plus vaste renferme 400 grammes de liquide citrin. Aucune de ces loges ne serait donc capable de contenir un épanchement comme ceux qu'on a évacués au début de l'observation.

Quelques-unes contiennent un liquide rougeâtre, d'autres des masses gélatineuses.

Causes du polymorphisme des pleurésies cloisonnées. — La différence de nature de l'épanchement bi ou multiloculaire peut se rencontrer dans deux conditions différentes : 1° tantôt les loges se sont formées simultanément, mais l'une d'elles pour des raisons diverses est envahie par des microbes pyogènes ou du sang. C'est ce que nous avons vu dans l'observation de M. Galliard (le pyopneumothorax de nécessité).

Dans certains cas, lorsque la loge communique ou voisine avec un foyer purulent, caverne pulmonaire ou abcès sous-phrénique, ou quand à la suite d'un violent traumatisme une ou plusieurs loges se trouvent infectées directement par l'extérieur, la différence de nature des épanchements s'explique aisément. Mais le plus souvent ce polymorphisme d'emblée est difficilement explicable.

2° « Tantôt au contraire, dit Léon Brodier (1), et c'est « le cas le plus fréquent d'après Pétrone, Concato, Ten« denisi, Danesi, il s'est produit des inflammations suc« cessives suivies chacune de la production d'adhé-

1. Léon Brodier. *Thèse Paris*, 1895.

« rences ; ces phlogoses répétées ont ainsi créé une « série de loges dont le liquide n'a pas le même âge ; « les loges les plus anciennes contiennent du pus, les « plus récentes renferment de la sérosité. »

Les observations présentées le 18 janvier 1895 (1) par M. Galliard à la Société des Hôpitaux et surtout celle qu'il communiqua à cette même société le 24 novembre 1899 (2), le montrent parfaitement.

On peut rapprocher de ces observations celle qu'a publiée Riedel (3) en 1885.

1. L. Galliard. *Soc. méd. des hôpitaux*, 18 janvier 1895. Pleurésie polymorphe compliquant une angiocholite.

2. L. Galliard. *Soc. méd. des hôpitaux*, 24 novembre 1899. Observation XIII. Empyème enkysté antérieur à gauche, chez un phtisique, pleurotomie, secondairement, pleurésie séreuse dorsoaxillaire. Mort.

3. Riedel. *Petersburg med. Woch.*, 1885.

IV. — ÉTUDE CLINIQUE

I. — Pleurésies cloisonnées proprement dites. — M. Jaccoud, lors de la mémorable séance de l'Académie, a exposé que selon lui il y a deux formes principales de pleurésies cloisonnées :

1° Dans une première forme le malade présente des signes nets d'épanchement semblant occuper toute la cavité pleurale : matité absolue, absence de vibrations thoraciques, souffle pleurétique. Mais signe curieux et important, en plaçant la main sur le thorax, en ne se servant que du bord cubital, on constate la persistance des vibrations vocales sur une bande large de un à deux travers de doigt, s'étendant dans le cas rapporté par M. Jaccoud suivant une direction à peu près horizontale. Répondant à la cinquième côte, cette bande décrit une ligne demi circulaire allant de la colonne vertébrale à la région sternale. C'est cette persistance des vibrations qui fit porter à M. Jaccoud le diagnostic de pleurésie biloculaire.

Obs. XII. — Jaccoud. — Chez un jeune homme de 19 ans, atteint d'un vaste épanchement gauche avec dislocation complète des organes voisins, les phénomènes que j'ai décrits étaient d'une si parfaite précision que, quoiqu'ils se présentassent à moi pour la première fois, je n'hésitai pas à les interpréter comme signes d'un épanchement biloculaire, et l'état du malade indiquant d'urgence la thoracentèse, je résolus d'évacuer d'abord la loge inférieure ; une ponction pratiquée dans le huitième espace intercostal, immédiatement en arrière de la ligne axillaire postérieure, donna issue à un peu plus d'un litre de sérosité limpide.

Tandis que les modifications ordinaires révèlent alors, dans toute la région inférieure, la perméabilité renaissante du poumon, je constate qu'au-dessus de la cinquième côte, tant en avant que sur le côté et en arrière, les phénomènes physiques primitifs persistent immuables, et que l'autre épanchement demeure suspendu à la partie supérieure du thorax, dans une indépendance à laquelle la ponction n'a pu porter aucune atteinte. Le lendemain, je ponctionne le troisième espace intercostal et je retire de la loge supérieure 600 grammes de liquide franchement purulent.

La confirmation de mon diagnostic était donc aussi nette que possible ; elle devait malheureusement être plus complète encore, car, cinq jours après la ponction, le malade a été tué par une thrombose cardiaque.

J'ai trouvé deux loges partiellement remplies, avec cette particularité que l'inférieure, qui avait donné à la ponction une sérosité limpide, contenait alors du pus comme la supérieure ;

1. Jaccoud, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 22 avril 1879.

en outre, une bande d'adhérence courte et solide, partant du cinquième espace intercostal en arrière, divisait, par un trajet oblique en haut et en avant, la cavité pleurale en deux loges sans communication ; au-dessus et au-dessous de cette bande, la surface du poumon et de la paroi recouverte d'exsudats membraniformes, il n'y avait pas d'autre adhérence costale.

C'est à ce type qu'il faut rattacher les observations déjà citées de Concato, Pétrone.

2° Dans le deuxième type décrit par M. Jaccoud, les signes seraient les suivants: matité absolue de toute la région sus-diaphragmatique, avec déplacement des organes, souffle bronchique et bronchophonie forte dans toute cette région et absence de tympanisme sous-claviculaire.

Mais ce sur quoi insistait M. Jaccoud, et ce qui pour lui différenciait nettement cette forme, c'est la *persistance dans toute l'étendue de la poitrine des vibrations thoraciques*. Toutefois ces vibrations peuvent avoir disparu dans une zone peu haute située à la base du thorax en arrière. Pour M. Jaccoud cette persistance des vibrations tiendrait à la présence des membranes cloisonnant la cavité pleurale. Elles serviraient de conducteurs aux vibrations vocales et par leur mode d'insertion à la paroi costale elles permettraient aux vibrations de se transmettre à toute la paroi. A l'appui de sa démonstration M. Jaccoud apportait quatre observations dont une seulement suivie d'autopsie et qui n'avait d'ailleurs pas pleinement confirmé le diagnostic.

II. — **Pleurésies aréolaires.** — A côté de ces deux

formes signalées par M. Jaccoud il faut faire une place à la variété décrite par M. Moutard Martin. Nous avons vu quelles étaient les particularités anatomiques de ces pleurésies aréolaires. Voici quels sont leurs signes cliniques d'après les deux observations de M. Moutard Martin (1) :

« 1° Chez un malade ayant subi plusieurs thoracentèses « pour une pleurésie abondante du côté gauche, et con- « servant un mauvais état général, avec réapparition « des symptômes, on pratique une thoracentèse qui ne « donne issue qu'à quelques grammes de liquide cou- « lant goutte à goutte. Le trocart remué semble donner « lieu à une crépitation neigeuse. »

La deuxième observation semble calquée sur la première. Enfin en 1887 il en publia un cas à la Société anatomique.

Cette variété est plus rare que la pleurésie cloisonnée proprement dite. Trollez-Deslonchamps (2), Delacou (3), Hood (4) en ont publié des observations.

A vrai dire les deux types cliniques décrits par M. Jaccoud n'ont pas été acceptés par tous. Son exposé souleva de vives critiques à l'Académie et si Maurice Reynaud, Woillez ont pleinement admis le premier type de pleurésie biloculaire avec persistance des vibrations suivant une ligne de direction variable indiquant l'insertion de la membrane à la paroi, par contre les

1. Moutard-Martin. *Loc. cit.*
2. Trollez-Deslonchamps. *Thèse Doctorat*, 1873.
3. Delacou, *Thèse Doctorat*, 1875.
4. Hood. *The Lancet*, juin 1893.

quatre observations se rapportant au deuxième type n'entraînèrent pas la foi des collègues de M. Jaccoud. Maurice Reynaud contesta de la façon la plus absolue la possibilité de faire le diagnostic de cette seconde forme, repoussant l'interprétation que faisait l'auteur de la communication, de cette persistance de l'élasticité thoracique.

Cependant il est impossible de ne pas tenir compte des faits si bien observés par M. Jaccoud. Le cas suivi d'autopsie qu'il apporta à l'Académie ne fut évidemment pas très confirmatif du diagnostic porté pendant la vie. Mais nous verrons plus loin que les cloisons sont susceptibles de disparaître au cours de l'évolution de la pleurésie. Cette supposition qu'avait émise M. Jaccoud n'a donc rien d'invraisemblable. Quant à la persistance des vibrations coïncidant avec les signes d'un épanchement abondant, cela n'a rien qui doive surprendre. Déjà Laboulbène (1) en 1878 avait signalé ce fait et avait insisté sur l'importance qu'il avait pour le diagnostic des pleurésies aréolaires. Et dans les deux cas rapportés par Legroux (2) et par Colin (3), où l'on avait constaté cette coexistence de symptômes, l'autopsie montra nettement des fausses membranes tendues du poumon à la plèvre pariétale et traversant l'épanchement.

1. Laboulbène. *France médicale*, 1878, p. 72.

2. Legroux. Note sur un cas de mort subite après la thoracentèse. *Soc Méd. des Hop.*, 1875.

3. Colin. *Thèse doctorat. Nancy*, 1881.

V. — MARCHE. — ÉVOLUTION

La marche des pleurésies cloisonnées est extrêmement variable. Nous avons vu que le cloisonnement existait rarement d'emblée ; cependant il est des cas où, sinon la multilocularité qui peut être rapportée à d'anciennes adhérences, du moins le polymorphisme de l'épanchement est constitué d'emblée. C'est ce que l'on peut voir dans l'observation déjà citée de M. Galliard (le pyopneumothorax de nécessité) (1).

Quant aux pleurésies tardivement multiloculaires nous avons vu que c'était là la marche habituelle.

Si dans une pleurésie multiloculaire on peut voir le contenu de ses loges d'abord séreux devenir peu à peu, suivant l'âge en quelque sorte des loges, séro-purulent puis purulent, il est plutôt rare de voir un épanchement séreux enkysté être suivi d'un empyème adjacent. C'est qu'en effet la pleurésie séreuse s'enkyste rarement (2).

Par contre les empyèmes enkystés se compliquent

1. *Semaine médicale*, 8 février 1899.
2. *Carlet*. La pleurésie séreuse enkystée. *Thèse Paris*, 1897.

souvent de pleurésies séreuses. M. Galliard dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux en rapporte quatre observations dont trois personnelles, deux de celles-ci ayant déjà été publiées en 1895.

Les pleurésies cloisonnées peuvent guérir spontanément. Mais c'est là une éventualité trop rare et qui ne se rencontre guère que chez les enfants. On a pu voir dans le cas déjà cité de M. Moutard Martin (obs. VIII) où une pleurésie séreuse se résorbe alors qu'un empyème apparaît, qu'il s'agissait d'une jeune fille de 12 ans.

Le plus souvent au contraire la marche est progressive et la terminaison fatale si l'on n'intervient pas à temps. Et le cloisonnement persiste jusqu'à la vérification anatomique.

Mais il est fort intéressant de savoir que le cloisonnement des pleurésies peut n'être que temporaire.

Dans l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Galliard, on a pu voir, chez la malade qui a eu une pleurésie métapneumonique nettement biloculaire, disparaître le cloisonnement à la suite d'un pyopneumothorax que l'on avait d'abord attribué à une injection accidentelle d'air, mais qui beaucoup plus vraisemblablement a été la conséquence d'une rupture pulmonaire.

Obs. XIII (*inédite*) (2). — M. Galliard. — Madeleine A..., âgée de 23 ans, mécanicienne, entre le 14 janvier 1907 à l'hôpital Lariboisière, salle Aran, lit n° 7.

1. *Galliard.* Les pleurésies polymorphes. *Soc. Méd. des Hôp.* 24 nov. 1899.

2. Rédigée par M. Delpech, externe du service

Il y a deux semaines environ, la malade a eu un coryza aigu avec violente céphalalgie. Le 9 janvier, elle est prise d'un grand frisson avec claquement des dents et d'un point de côté à droite. La toux assez violente ne s'accompagne que d'une expectoration minime.

Le 15 janvier la température est relativement élevée à 39°. La malade très oppressée, surtout le soir, ressent une vive douleur dans le côté droit, surtout en bas et en arrière, lorsqu'elle fait de grandes inspirations. Tousse beaucoup, crache peu, expectoration sans caractères nets.

A la percussion, il y a hyperesthésie de tout le côté droit. La sonorité normale est remplacée en arrière jusqu'au niveau de l'épine du scapulum par de la matité. En avant, matité jusque sous la clavicule.

A l'auscultation, en arrière, en haut, on entend la respiration mélangée de râles de bronchite. En descendant elle s'obscurcit progressivement pour devenir nulle en bas: dans la moitié inférieure du thorax il y a silence complet, pas de souffle. En avant mêmes signes d'obscurité respiratoire.

On porte le diagnostic de pleurésie avec épanchement abondant vu l'étendue de la matité en avant, avec sous l'épanchement peut-être un foyer d'hépatisation en raison de la température élevée et de l'histoire de la maladie.

A gauche, bronchite légère.

Appareil circulatoire sain.

Rien dans les urines.

Une ponction exploratrice est pratiquée en arrière à la base droite; on retire du liquide séreux limpide. Aussitôt après, à l'aide de l'appareil de Duguet on fait une ponction évacuatrice. On retire 400 grammes de liquide. Ce liquide, légèrement trou-

ble, examiné au microscope, est rempli de pneumocoques, streptocoques et globules de pus.

16 *janvier*. — Les signes fonctionnels, dyspnée, point de côté se sont apaisés. Mais la température est à 40°.

La matité antérieure n'est pas modifiée. Elle persiste jusque sous la clavicule. En arrière le sommet et la partie moyenne sont submats. A la base matité. Obscurité respiratoire.

Une nouvelle thoracentèse pratiquée, avec l'appareil de Duguet, sur la ligne axillaire postérieure, est une ponction blanche.

17 *janvier*. — Ponction exploratrice en avant dans le troisième espace intercostal. On obtient un liquide légèrement trouble comme celui que l'on a retiré le 15. Mêmes caractères microscopiques. On aurait donc une deuxième poche liquide. Température très élevée 39-40°. Agitation et insomnie. On ne trouve pas de signes de pneumonie.

19 *janvier*. — On pratique une thoracentèse, la malade étant couchée, sur la ligne axillaire antérieure avec l'appareil Potain. On obtient 250 grammes de liquide louche.

Le soir la température s'abaisse à 39°4 et le lendemain matin à 38°4. La malade se dit très soulagée.

La température suit une marche ascendante jusqu'au 25 janvier où l'on a le soir 40°6.

26 *janvier*. — Nouvelle thoracentèse pratiquée avec le Potain dans le troisième espace intercostal en avant. Elle donne 620 grammes d'un liquide franchement séro-purulent.

27 *janvier*. — Amélioration notable de l'état général accusée par la malade. Le sommet droit est sonore en avant (la matité persiste en bas). On y entend des râles sous-crépitants et des frottements. Quand on fait tousser on a l'impression de gargouillement. Cependant toujours pas de signe de pneumonie,

l'examen des crachats n'a pas montré de bacilles de Koch.

28 *janvier*. — La température est à 37°7. Mais le soir elle remonte à 40°.

29 *janvier*. — On cherche la cause de cette ascension thermique sans rien trouver d'autre que sa pleurésie. La malade se trouve très bien et n'a de malaise et d'agitation que le soir.

La température se maintient élevée.

2 *février*. — Ponction exploratrice en avant dans le quatrième espace donne liquide séro-purulent. Une thoracentèse pratiquée au même endroit donne 100 grammes de liquide. Dans l'aisselle ponction exploratrice ; liquide purulent. L'appareil Potain à ce niveau ne retire presque rien.

4 *février*. — Injection de bleu de méthylène dans la loge supérieure.

5 *février*. — Dans la loge inférieure sur la ligne axillaire une thoracentèse est pratiquée. On retire avec le Potain 150 grammes d'un liquide très épais, non coloré en bleu, ce qui indique l'indépendance des deux loges. On fait suivre la thoracentèse d'une injection de 200 grammes de permanganate de potassium qui est retiré peu après.

6 *février*. — En avant au sommet droit au niveau de la loge supérieure, exagération de la sonorité et obscurité respiratoire. L'état général n'est guère modifié : toutefois la dyspnée et le point de côté ont presque complètement disparu. Le malade se trouve bien, mais la température est toujours élevée. En arrière on a obscurité respiratoire en bas. Dans tout le reste du poumon frottements et râles de bronchite.

11 *février*. — Un petit abcès s'est formé en arrière du thorax au point où fut pratiquée la première thoracentèse. Il est ouvert et vidé. Oscillations thermiques constantes. On propose à la ma-

lade de lui faire une pleurotomie, elle refuse, se trouvant très bien.

18 *février*. — Toujours les mêmes oscillations thermiques. La sonorité exagérée du sommet droit en avant est plus accentuée ; s'accompagne de silence respiratoire et de bruit de succussion, pas de bruit d'airain ; au sommet en arrière dans la fosse sus-épineuse on entend un souffle amphorique. Dans le reste du poumon en bas matité et silence respiratoire.

19 *février*. — La température ne dépasse plus 39° le soir. La malade se sent mieux et veut partir.

24 *février*. — La malade sort sur sa demande dans un mauvais état. Elle garde dans son côté droit un épanchement purulent qu'elle n'a pas voulu qu'on vide ces jours derniers. Le pyopneumothorax est étendu à toute la grande cavité pleurale. Les cloisons qui ont existé au début semblent avoir disparu. Le pronostic est réservé.

5 *mars*. — La malade revient pâle, anémiée, cachectique. Elle a un grand épanchement liquide. Très peu de gaz à droite. La succussion ne s'étend qu'en haut. On a un bruit de percussion amphorique sous la clavicule.

8 *mars*. — On lui fait une pleurotomie, salle Denonvilliers, on retire beaucoup de pus non fétide. Pas de cloison.

10 *mai*. — La malade revient dans le service de M. Galliard. Plaie cicatrisée. Bon appetit. Bon état général. Pas de crachats.

24 *mai*. — Elle part pour le Vésinet. On perçoit une respiration saccadée sus la clavicule à droite. En arrière et en haut respiration faible. Dans l'aisselle et tout en bas en arrière rien à l'auscultation. Pas de bruits de succussion.

Après le Vésinet elle revient. Bon état général. État local satisfaisant. Respiration seulement obscure du côté de l'opération.

VI. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic des pleurésies cloisonnées est loin d'être facile.

Longtemps il fut considéré ainsi, que le disait Wintrich (1), comme l'affaire de la nécroscopie. D'après lui il était impossible de diagnostiquer sur le vivant la bi ou la multilocularité d'un épanchement.

Souvent d'ailleurs le diagnostic n'est fait que d'une façon tout incidente, lorsqu'à la suite d'une thoracentèse on constate la persistance des signes d'épanchement au-dessus du point ponctionné alors qu'au-dessous les bruits pulmonaires sont à nouveau perceptibles, ou bien encore lorsque après une thoracentèse faite en arrière, par exemple, on voit persister les signes constatés en avant (Chaffey) (2). Mais on doit pouvoir faire ce diagnostic. On devra toujours songer à la possibilité d'un épanchement cloisonné chez un malade ayant

1. Wintrich. Pleuropathien. — Virchows Handbuch der Spec. Path. u. Thérap, B. d. V. 1854.

2. Chaffey. *Thèse Paris*, 1874.

eu autrefois des poussées pleurétiques et enfin on devra avoir toujours présents à l'esprit les conseils de M. Jaccoud :

« Quand au cours d'une pleurésie le médecin cons-
« tate des signes d'épanchement en avant et en arrière,
« il ne doit pas conclure par cela seul que le liquide
« occupe aussi la partie latérale ; il doit s'assurer de
« l'état de la région axillaire par un examen prémé-
« dité; il reconnaîtra par là, le cas échéant, la disposi-
« tion biloculaire de l'épanchement et ne sera pas
« exposé à plonger le trocart dans l'abdomen. »

Injections colorées. — Il est d'ailleurs un moyen très simple, recommandé par *M. Galliard*, qui permet d'affirmer la bilocularité d'un épanchement. Lorsque l'on suppose la coexistence de deux poches liquides dans la plèvre, on injecte dans l'une de ces poches supposées une solution concentrée de bleu de méthylène, injection sans danger aucun pour le malade et même légèrement antiseptique. Il suffit, au bout de quelques heures, de faire une ponction exploratrice avec une aiguille fine dans la seconde loge. Si l'on retire du liquide non coloré, on peut affirmer et la bilocularité de l'épanchement et l'indépendance des deux loges. Mais si le liquide est coloré on ne peut pas conclure pour cela à un épanchement uniloculaire, car nous avons vu, en effet, que les deux kystes pleuraux sont susceptibles de communiquer soit directement, soit par l'intermédiaire d'un canal formé aux dépens de la scissure interlobaire.

Si d'ailleurs le diagnostic de multilocularité peut être

posé avant la ponction évacuatrice, il est impossible avant elle de faire le diagnostic de la nature des différents épanchements.

Maurice Reynaud a pu malicieusement dire à M. Jaccoud qu'il regrettait que Baccelli n'eût pas déjà fait connaître ses travaux au moment où la première observation avait été prise (celle-ci en effet datait de 1870) car M. Jaccoud aurait pu grâce à la recherche de la pectoriloquie aphone diagnostiquer la purulence de l'épanchement supérieur de son malade. Mais ce n'était là qu'une boutade qui d'ailleurs rendait hommage au talent du grand clinicien qu'est M. Jaccoud.

Le plus souvent en effet c'est au cours de la seconde ponction pratiquée en avant par exemple alors que la première avait été faite en arrière, que l'on constate la présence du pus alors que la première loge ne contenait que de la sérosité. D'autres fois c'est, nous l'avons vu au cours d'une même thoracentèse que le trocart porté en divers sens laisse écouler tantôt du pus, tantôt de la sérosité, tantôt du sang.

Obs. XIV. — Duguet (1). — Homme de 42 ans, portant à droite un épanchement pleural qui abaisse le foie et atteint la clavicule. Quatre ponctions.

1° *Le 22 septembre.* — La thoracentèse faite dans le cinquième espace à l'union de la ligne mamelonnaire et du bord antérieur de l'aisselle, donne 2 litres 1/2 de liquide clair citrin transparent.

1. Duguet, *in* thèse Gouttière-Cachera.

2° *Le 11 octobre.* — Au-dessous et en dehors de la pointe de l'omoplate, la ponction fournit un demi-litre de liquide louche.

3° *Le 31 octobre.* — Signes d'envahissement de toute la plèvre. On introduit dans le neuvième espace, en arrière, le plus gros trocart de l'appareil Potain. Rien ne sort par la canule. On y introduit un mandrin et deux fois on fait mouvoir légèrement l'extrémité de la canule ; la première fois, résultat négatif ; la seconde fois, un jet de pus s'échappe, et l'écoulement s'arrête aussitôt. Nouvelle introduction du mandrin, nouveau mouvement de la canule dans la plèvre : un flot de sérosité citrine s'échappe et s'arrête à son tour. On réintroduit le mandrin et on remue la canule ; nouveau flot de pus. L'arrêt du pus ayant nécessité la répétition de la manœuvre, en tout une dizaine de fois, avec des résultats identiques, on finit par obtenir l'écoulement régulier et ininterrompu de deux litres et demi de pus désormais sans mélange. Plus tard on est obligé de recourir à l'opération de l'empyème.

Mais il y a un moyen simple de se renseigner sur la nature du liquide contenu dans les différentes loges. C'est de faire sous le couvert d'une minutieuse asepsie et avec toutes les précautions voulues, des ponctions exploratrices au moyen de longues et fines aiguilles s'adaptant à une seringue de Pravas. On est ainsi renseigné sur le polymorphisme des épanchements. C'est là une pratique fortement préconisée par M. *Galliard* et sur laquelle il a insisté lors de sa communication à la Société médicale des hôpitaux, sur les pleurésies polymorphes.

Ponction blanche. — Mais il faut bien savoir que

l'on peut pénétrer dans une cloison membraneuse et que l'on fera alors, comme dit M. *Galliard,* une ponction blanche. De ce que l'on ne retire rien il ne faut pas conclure à l'absence de liquide et à une erreur de diagnostic. On peut, en effet, comme dans le cas publié par MM. *Dieulafoy et Jéanton* (1), faire trois ponctions sans résultat alors que la veille on a eu un peu de liquide séro-purulent et que le lendemain on aura un liquide sanglant. Et en s'arrêtant après un échec on peut s'exposer à laisser ignoré un épanchement purulent dont la non-évacuation pourra être cause d'une *issue fatale.*

Enfin, il faut ne pas oublier que l'on peut être induit en erreur par la présence d'une *collection extra-pleurale :* abcès médiastinaux, sous-diaphragmatiques, kyste hydatique du poumon, du foie, compliquant une pleurésie simple.

L'examen attentif du malade, des circonstances concomitantes de l'affection, ou bien l'examen du liquide ponctionné ou rejeté par vomique pouvant montrer les crochets d'échinocoques dans les kystes hydatiques, la présence du signe de Pfühl après la ponction dans les abcès sous-phréniques permettront d'éviter l'erreur, M. Galliard signale comme cause d'erreur une affection rare, *la péripleurite* dont *MM. Mollard* et *Bernoud* (2) donnent un exemple typique :

1. Dieulafoy et Jeanton. *Archives générales de médecine*, 1888, t. II. page 542.

2. Mollard et Bernoud. *Journal des praticiens*, 2 octobre 1897.

Obs. XV. — Femme âgée de trente-cinq ans, atteinte de rétrécissement mitral ; soignée dans le service de Renaut, à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Signes d'épanchement à la base gauche. Le 15 septembre 1896, la ponction exploratrice dans le septième espace amène du liquide citrin ; au même point, la ponction évacuatrice ne donne rien tout d'abord, puis après quelques tâtonnements 60 à 80 centimètres cubes de liquide citrin. Quinze jours plus tard, seconde thoracentèse avec résultat identique. On pense alors qu'il s'agit d'une pleurésie cloisonnée.

Le 9 novembre. — Signes d'empyème. La ponction, faite un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate, donne du pus phlegmoneux. Or la pointe de l'aiguille a heurté une surface rugueuse et résistante et, d'autre part, quelques gouttes de pus s'écoulent au dehors après la ponction. Il y a donc du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané ; on admet un empyème de nécessité.

Le 10 novembre. — Incision large du huitième espace. Mort le 14 novembre.

Autopsie. — Adhérences celluleuses lâches des deux feuillets de la plèvre gauche au niveau des deux tiers supérieurs, symphyse complète du tiers inférieur. La poche purulente située au contact de ce tiers inférieur est extra-pleurale ; elle occupe un espace compris entre la plèvre pariétale décollée et la paroi thoracique. Le pus contient des staphylocoques et des streptocoques.

Pas de tubercules pulmonaires.

Les auteurs ont insisté sur la différence d'aspect du pus : jaunâtre, bien lié, épais, homogène ; densité 1040 dans la péripleurite ; pus fluide contenant des masses fibrineuses, densité 1030 dans l'empyème.

Radioscopie. — L'examen radioscopique ne semble

pas avoir donné des résultats supérieurs à ceux obtenus par la clinique et même, dans l'observation de M. Galliard (1) l'examen radioscopique avait fait conclure à l'existence d'une pleurésie interlobaire, alors qu'à l'autopsie on ne trouva aucune trace de pleurésie interlobaire mais un empyème enkysté en avant avec en arrière une pleurésie séreuse qui s'était développée secondairement.

Toutefois il sera toujours bon de recourir à cet examen radioscopique qui pourra dans certains cas donner d'utiles renseignements.

1. L. Galliard. Empyème enkysté chez un phitisque. *Loc. cit., Soc. méd. des hôp.*, 1899.

VII. — PRONOSTIC

Le pronostic des pleurésies cloisonnées est sensiblement plus grave que celui de la pleurésie simple et cela d'une façon générale, quelle que soit la nature du liquide contenu dans les loges. Ce n'est d'ailleurs pas tant le fait du cloisonnement lui-même que du terrain sur lequel il peut se produire. En effet, comme nous l'avons vu, la pleurésie cloisonnée est rarement primitive. Elle est la résultante de poussées inflammatoires antérieures, simples pleurites sèches ou pleurésies à épanchement et c'est surtout chez les tuberculeux avérés ou les candidats à la tuberculose que s'obervent ces poussées pleurales. Aussi voit-on dans presque toutes les observations la confirmation du diagnostic trouvée sur la table d'autopsie.

D'autre part le pronostic varie suivant la nature du liquide. Fatal en cas de liquide hémorragique indiquant la présence d'un néoplasme de la plèvre, il est moins sombre en cas d'épanchements séreux ou d'empyème mais à la condition qu'ils soient traités à temps. La

gravité de l'empyème est d'ailleurs beaucoup moindre chez l'enfant.

La gravité du pronostic dépendra donc beaucoup de la rapidité du diagnostic qui devra être posé avec soin. On en comprend la capitale importance pour les épanchements purulents.

VIII. — TRAITEMENT

Quel traitement appliquer à ces pleurésies cloisonnées ?

Les premiers auteurs effrayés des résultats obtenus repoussaient toute intervention, rejetant sur la thoracentèse les décès constatés. Mais là encore c'est le terrain qui est le principal facteur. Ces ponctions faites sur des sujets tarés au point de vue pulmonaire ne peuvent pas être aussi innocentes que chez des sujets sains. Mais il ne faut pas pour cela refuser au malade toute chance de guérison.

Dès que la dyspnée sera accentuée, à plus forte raison quand il y aura dislocation des organes, non seulement on sera autorisé à intervenir, mais on devra par la ponction des différentes loges assurer l'évacuation du liquide et la décompression du poumon. Mais il faut se garder de descendre trop bas et ne pas perdre de vue que l'on a affaire à des pleurésies qui présentent des adhérences qui ont pu faire disparaître les sinus pleuraux. Dans ces cas un trocart enfoncé trop bas peut.

comme dans le cas de Gisgensohn, pénétrer dans l'abdomen. Aussi vaut-il mieux ne pas descendre plus bas que le septième espace intercostal.

Toute collection purulente doit être incisée largement et drainée et l'on devra toujours penser qu'une collection séreuse au contact d'un empyème est exposée à suppurer. Aussi devra-t-on la vider le plus complètement possible, la surveiller avec soin et être prêt à faire une pleurotomie.

Les quelques cas de pleurésies multiloculaires qui furent suivis de guérison furent des cas trop rares où l'on put faire de façon précoce l'incision de chacune des loges et l'évacuation soigneuse de leur contenu.

Aussi lorsque l'on a incisé un empyème il faut bien s'assurer qu'il n'y a point à côté un second foyer de suppuration, sans quoi la persistance des symptômes généraux, la continuation de la fièvre à grandes oscillations viendront rappeler qu'il y a un second foyer, et une seconde pleurotomie sera nécessaire pour assurer la guérison.

IX. — CONCLUSIONS

I. — Le cloisonnement est l'apanage des pleurésies répétées ou des pleurésies évoluant par poussées successives.

II. — Le pronostic de ces pleurésies est très sombre étant donné le terrain sur lequel elles évoluent. Le polymorphisme des épanchements ajoute encore à sa gravité.

III. — Le diagnostic est extrêmement difficile en dehors de toute ponction. La ponction exploratrice au contraire rendra les plus grands services tant pour le diagnostic de la multilocularité que pour celui de la nature des épanchements.

IV. — Seul un diagnostic précoce permet d'intervenir utilement, et seule, en cas d'empyème, la pleurotomie faite de bonne heure pourra permettre la guérison.

Vu : le Président de la thèse
ROGER

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Baümler. — Uber ein eigentümliches Aufreten tympanischer Schallbezirke im Gebiet der Flüssigkeitsansammlung bei sero und pyopneumothorax par Geh. Rat. Prof. Dr Baümler (Freiburg). *Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, 1905,84 Band., 1-4 Heft.

Léon Brodier. — De la répartition des épanchements séro-fibrineux dans la cavité pleurale. *Thèse Paris*, 1895, chapitre IV, p. 65.

Carlet. — Pleurésie enkystée. *Thèse Paris*, 1897.

Chaffey. — *Thèse Paris*, 1874.

Colin. — *Thèse Nancy*, 1881.

Concato. — Sulla diagnosi della pleurite multiloculare, *Rivista Clinica di Bologna*, 1884.

Danesi. — Caso di pleurite poliloculaire. *L'Impaziale.* Firenzi, 15 juin 1881.

Delacou. — De la pleurésie aréolaire et de l'infiltration œdémateuse des fausses membranes. *Thèse Paris*, 1875.

Dieulafoy et Jeanton. — Ponction blanche en cas de pleurésie cloisonnée polymorphe. *Archives générales de Médecine*, 1888, p. 542.

Duguet. — Lymphadénome de la rate étendu au diaphragme, à la plèvre et au poumon ; pleurésie cloisonnée. *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1879.

Duplant. — Pneumothorax enkysté. *Lyon médical*, 1902, XCIX, p. 220.

Foot. — Encysted pleurisy. *Dublin Journal of Medical Science*, décembre 1872, t. 54, p. 512.

L. Galliard. — 1° Pleurésie polymorphe compliquant une angiocholite calculeuse. *Société Médicale des Hôpitaux*, 18 janvier 1895.

2° Épithélioma de l'œsophage. Abcès du poumon, pleurésie polymorphe. *Soc. Méd. des Hôp.*, 18 janvier 1895.

3° Les complications thoraciques de la lithiase biliaire. *Médecine Moderne*, 3 mars 1895.

4° Le pyopneumothorax de nécessité. *Semaine Médicale*, 8 février 1899.

5° Les pleurésies polymorphes, *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 24 novembre 1899.

6° Empyême enkysté ant. à gauche chez un phtisique, pleurotomie : secondairement pleurésie séreuse dorso-axillaire. Mort. Autopsie. *Soc. Méd des Hôp.*, 24 novembre 1899.

7° Pleurésie biloculaire chez un phtisique. Empyème enkysté sus-diaphragmatique non ponctionné. Mort. Autopsie. *Soc. Méd, des Hôp.*, 24 novembre 1899.

8° Empyème à deux loges. *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 20, 3 juin 1904.

Girgensohn. — Pleurésie multiloculaire. *Petersburg. Med. Woch.*, 1877.

Gouttière-Cachera. — Pleurésie cloisonnée. *Thèse Paris*, 1884.

Hood. — Épanchement pleurétique enkysté. *The Lancet*, juin 1893.

Jaccoud. — 1° Sur la pleurésie multiloculaire et les adhérences du diaphragme. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 22 avril-6 mai 1879, n°s 16 et 29.

Jaccoud. — *Gazette des Hôpitaux*, 1er et 3 mai 1879. Pleuropéricardite tuberculeuse; épanchement pleural cloisonné et interlobaire.

— Clinique de la Pitié. Paris, 1884-85, p. 28.

Laboulbène. — *France médicale*, 1878, p. 721.

Laennec. — Traité de l'Auscultation Médiate. L. II, 1826.

Legroux. — Note sur un cas de mort subite après la thoracentèse. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1875.

Lereboullet. — Des pleurésies aiguës multiloculaires. *Gazette Hebd. de Méd. et de Chirurgie*. Paris, 1879, nos 19-20-25.

Maragliano. — Di pleurite multiloculare. *La Salute de Genova*, 1880.

Mollard et Bernoud. — *Journal des Praticiens*, 2 octobre 1897.

Moutard-Martin. — 1° Sur la pleurésie aréolaire. *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôp.*, déc. 1872, p. 295.

2° De la pleurésie multiloculaire. *Bull. Acad. de Méd.*, 3 juin 1879.

3° Obstruction des voies biliaires. Pleurésie aréolaire. *Bull. Société Anat.*, mai 1887.

Pasteau. — Étude sur la pleurésie purulente du sommet. *Thèse Paris*, 1907, p. 359.

Peter. — *Clinique Médicale*, 2e édition. Tome I, p. 574.

Petrone. — Intorno della pleurite biloculare. *Lo Sperimentale*, mars 1881, p. 225.

Maurice Reynaud. — De la pleurésie multiloculaire.

1° *Bull. Acad. de Méd.*, mai 1879.

2° *Gazette des Hôpitaux*, 1er mai 1879.

Renaut. — *Gazette médicale de Paris*, 9 juin 1888.

Riedel. — *Petersburg. Med. Woch.*, 1885.

Sorel. — Sur les adhérences pleurales anciennes. *Union médicale*, 14 juillet 1883.

Thuvien. — Étude clinique sur les adhérences pleurales. *Thèse Paris*, 1884.

Valentiner. — Pleurésie biloculaire à épanchements différents. *Berlin. Klin. Woch.*, 3 sept. 1877, n° 36, p. 527.

Vanverts et Dancourt. — Des pleurésies purulentes enkystées, *Archives provinciales de chirurgie*, 1904, p. 129-232-271.

Variot. — *Revue de Médecine*, 1882.

Wintrich. — Pleuro-pathien. *Wirchows Handbuch der Spec. Path. u. Thérap.* Bd. v 1854.

Woillez. — De la pleurésie multiloculaire.

1° *Bull. Acad. de Médecine*, 27 mai 1879.

2° *Gazette des Hôpitaux*, 29 mai 1879.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.